

Die innere ethische Fallbesprechung: ein kommunikationspsychologisches Instrument zur Selbstklärung in ethischen Konfliktsituationen

Jeserich, Florian; Voß, Christian J.

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Jeserich, F., & Voß, C. J. (2018). *Die innere ethische Fallbesprechung: ein kommunikationspsychologisches Instrument zur Selbstklärung in ethischen Konfliktsituationen*. Forum für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen (EPiG) der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56826-7>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Die innere ethische Fallbesprechung: ein kommunikationspsychologisches Instrument zur Selbstklärung in ethischen Konfliktsituationen

Florian Jeserich und Christian J. Voß

Forum für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen (EPiG)
der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG, Mülheim an der Ruhr

Zusammenfassung

Ethische Fallbesprechungen (EFB) sind ein zentrales Element der Ethikberatung im Gesundheits- und Sozialwesen. Die Qualität von EFB hängt auch von der Selbstreflexions- und Diskursfähigkeit der Akteure ab. Um diese Kompetenzen zu fördern, wird in diesem Beitrag das Instrument der *inneren* EFB erarbeitet. Das Modell der inneren EFB verbindet das Konzept der inneren Ratsversammlung (Schulz von Thun) mit dem Schema einer prinzipienorientierten Falldiskussion (Marckmann und Mayer) und umfasst vier Schritte: 1) Wahrnehmung der inneren Pluralität; 2) Prinzipienethische Strukturierung; 3) Brainstorming und kritische Reflexion; 4) Entwurf einer integrierten Stellungnahme.

Schlüsselwörter: ethische Fallbesprechung, ethischer Konflikt, inneres Team, Kommunikationspsychologie, Prinzipienethik, Selbstklärung

Abstract

Ethical case deliberation (ECD) is a central element of ethical consultation in health care and welfare services. The quality of ECD depends, among others, on the ability of the actors to self-reflect and to engage in discourse. To promote these competencies, the instrument of the *inner* ECD is developed in this paper. The inner ECD combines the concept of inner council (Schulz von Thun) with the processing logic of an ECD oriented to the four principles of biomedical ethics (Marckmann and Mayer). The inner ECD encloses four steps: 1) perception of internal plurality; 2) structuring according to the four principles approach; 3) brainstorming and critical reflection; 4) integrated response.

Keywords: ethical case deliberation, ethical conflict, inner team, communication psychology, principlism, self-clarification

1. Ethische Fallbesprechungen im Gesundheits- und Sozialwesen

Die ethische Fallbesprechung (EFB) als Instrument strukturierter Kommunikation und kooperativer Entscheidungsfindung ist Dreh- und Angelpunkt von Ethikarbeit im Kontext des Gesundheits- und Sozialwesens. Wenn ethische Reflexion nicht nur einigen motivierten Mitarbeitenden überlassen, sondern als Bestandteil einer verbindlichen Unternehmenskultur in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens etabliert werden soll, gilt die Implementierung EFB als Königsweg (Schütze 2011). In der Regel wird eine EFB in akuten ethischen Konfliktsituationen einberufen und kann definiert werden als „der systematische Versuch, im Rahmen eines strukturierten, von einem Moderator¹ geleiteten Gesprächs mit einem multidisziplinären Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung² zu gelangen.“ (Steinkamp/Gordijn 2010, 256)

Ausgehend von dieser Definition wird mit der Durchführung EFB ein doppeltes Ziel verfolgt. Zum einen geht es um ein tragfähiges *Ergebnis*, nämlich um die Erarbeitung eines Votums, das zur Problemlösung beiträgt bzw. eine ethisch schwierige Entscheidung erleichtert. Zum anderen steht – im Sinne des konfuzianischen Sprichworts ‚Der Weg ist das Ziel‘ – der *Prozess* im Vordergrund: als eine Form interprofessioneller Kommunikation trägt die EFB zur teamorientierten Zusammenarbeit bei. Studien weisen darauf hin, dass Teilnehmer/innen, die ihre Erfahrungen mit diesem Beratungsinstrument rekapitulieren, die psychosozialen Sekundäreffekte oft als wichtiger erachten als die konkrete Entscheidungshilfe (s. z.B. Weidema/Molewijk u.a. 2012). Stimmen sowohl Ergebnis- als auch Prozessqualität dürfte die standardmäßige Praxis von EFB die bewusste Wahrnehmung und den gezielten Abbau von moralischem Stress³ fördern und so Arbeits- und Teamklima sowie Qualität der Patientenversorgung verbessern.

2. Erfolgsfaktoren für die Implementierung ethischer Fallbesprechungen

Beiträge aus der internationalen Implementierungsforschung geben darüber Aufschluss, welche Herausforderungen und Blockaden es bei der kultur- und einrichtungsspezifischen Umsetzung neuer ethischer Prozessabläufe in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens zu beachten gilt und welche Ansätze erfolgsversprechend sind (s. z.B. Molewijk/van Zadelhoff u.a. 2008; Molewijk/Verkerk u.a. 2008; Van der Dam/Abma u.a. 2011; Weidema/Molewijk u.a. 2012). Wiederholt wird herausgestellt, dass die Implementierung EFB an der fehlenden Unterstützung durch Team und Management krankt. Moderator/innen kommt daher oft die doppelte Aufgabe zu, EFB nach meist nur kurzer Trainingsphase durchzuführen und gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass adäquate

¹ Die im Zitat gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

² Mit „Entscheidung“ ist in diesem Kontext eine Handlungsempfehlung zu verstehen. Die letztendliche Entscheidungsverantwortung verbleibt „ungeteilt bei dem jeweils zuständigen Arzt“ (Marckmann/Mayer 2009, 980).

³ Das *moral distress*-Konzept wurde Mitte der 1980iger Jahre von Andrew Jameton geprägt und bezeichnet den Stress, der dadurch ausgelöst wird, dass eine Person zwar weiß, was ‚richtig‘ wäre zu tun, dies aber aus strukturellen oder persönlichen Gründen nicht tun kann (vgl. Jameton 1984).

Organisationsstrukturen geschaffen werden, um das Instrument flächendeckend zu verankern. Obwohl in einigen Studien auch die Qualität der EFB bzw. der Moderation gemessen wird (Molewijk/van Zadelhoff u.a. 2008; Janssens/van Zadelhoff u.a. 2015), werden diese Variablen bisher nur unzureichend als Faktoren für den nachhaltigen Erfolg der Ethikarbeit diskutiert. Zwar leuchtet es ein, dass der Erfolg eines Implementierungsprojekts zunächst an der strukturellen Konsolidierung sowie der Effektivität interner Öffentlichkeitsarbeit hängt. Aber ob EFB in einem Unternehmen Fuß fassen oder aber nach kurzer Zeit ‚einschlafen‘, hängt auch von der ethisch-kommunikativen Kompetenz der Mitarbeitenden ab. Selbstreflexions- und Diskursfähigkeit sind ‚weiche‘ Faktoren, die zur Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der Ethikberatung beitragen. Es genügt daher nicht, die Praxis EFB ‚von oben‘ zu diktieren (*top-down*). Im Idealfall wird ein von der Führungsebene getragener Implementierungsprozess durch eine *bottom-up*-Dynamik ergänzt (Weidema/Molewijk u.a. 2012). Um die Basis zu mobilisieren und von der Durchführbarkeit und Praxisrelevanz EFB zu überzeugen, bedarf es gezielter Praxis- und Fortbildungsmaßnahmen. Im Folgenden stellen wir mit der *inneren* EFB ein kommunikationspsychologisches Instrument vor, das z.B. in Fortbildungen eingesetzt werden kann, um ethische Selbstreflexions- und Diskursfähigkeit zu schulen.

3. Die innere ethische Fallbesprechung als Instrument zur Selbstklärung in ethischen Konfliktsituationen

Professionelle Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen stehen in ihrem beruflichen Alltag häufig vor der Herausforderung, unter Druck komplexe Entscheidungen treffen zu müssen. Trotz einer auf Erfahrungen aufbauenden Routine in der Bewältigung solcher Herausforderungen kommt es regelmäßig zu moralischem Stress (Hamric/Blackhall 2007). Eine Behandlung, die am Scheideweg steht und von den Beteiligten eine ethisch begründete Entscheidung verlangt, ist ein typisches Szenario:

Auf einer gynäkologischen Station eines Akutkrankenhauses liegt eine 89 jährige Frau, die an einem Ovarialkarzinom erkrankt ist. Diagnostische Maßnahmen haben zu der Diagnose geführt, dass es sich bei dem Ovarialkarzinom um ein seröses Adenokarzinom mit einer Klassifizierung T3 handelt, das im Bereich der paraaortalen und pelvinen Lymphknoten metastasiert hat. Der Stationsärztin (43 Jahre) stellt sich die Frage, ob in dieser Situation eine Chemotherapie trotz geringer Aussicht auf reelle Verbesserung der Krankheitssituation durchgeführt oder ob eine palliative Versorgung der Patientin zur Förderung der Lebensqualität eingeleitet werden sollte. Die Patientin und ihre Angehörigen tendieren eher zu einer Chemotherapie, scheinen mit der Entscheidung jedoch überfordert zu sein.

In einer solchen Situation, in der weder die medizinische Indikation noch der Wille der Patientin eindeutig bestimmt werden können, kann es nicht nur zu interpersonalen Meinungsverschiedenheiten kommen, sondern auch zu intrapersonellen Konflikten. In beiden Fällen könnte eine EFB indiziert sein. Die EFB trägt dazu bei, dass das multiprofessionelle Behandlungsteam konsensorientiert darüber diskutiert, welche Option der Patientin aus

welchen Gründen empfohlen werden soll. Gleichzeitig kann die EFB von der behandelnden Ärztin als ein Instrument zur ethischen Selbstvergewisserung und fachlichen Absicherung genutzt werden. Einer EFB auf der Station kann eine *innere* EFB vorangestellt werden, die den primären Zweck erfüllt, die eigene innere Pluralität der Stimmen und Argumente zu sortieren. Sollte es aus zeitlichen, organisatorischen oder unternehmenskulturellen Gründen nicht zu einer EFB im Team kommen, gewinnt die innere EFB als Selbstanalyseinstrument an Bedeutung; sie ermöglicht z.B. die Vorbereitung auf weitere klärende Patienten- und Angehörigengespräche. Angelehnt an die anfangs zitierte Begriffsbestimmung von Steinkamp und Gordijn [20] definieren wir eine innere EFB als den *systematischen Versuch, im Rahmen eines strukturierten, von einem inneren Moderator geleiteten Gesprächs mit den inneren Teammitgliedern innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu der ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu gelangen*.

Theoretisch fußt das Instrument der inneren EFB auf dem von Friedemann Schulz von Thun entwickelten Modell des inneren Teams (Schulz von Thun 2014; 2015). Dass das innere Team als Hilfe zur Selbstreflexion auch im Rahmen des Gesundheits- und Sozialwesens Anwendung finden kann, wurde von Aring-Waldman (2015) sowie von Heidrich und Krüger (2015) überzeugend dargestellt. Bis dato wurde das Modell jedoch noch nicht systematisch auf Theorie und Praxis EFB im Gesundheitswesen bezogen. Folgend wird die innere EFB im Rekurs auf das Modell des inneren Teams expliziert und auf obiges Fallbeispiel angewendet.

3.1 Der innere Moderator und die Einberufung einer inneren ethischen Fallbesprechung

Wie das äußere Team aus verschiedenen Menschen besteht, so setzt sich auch das innere Team aus einer Pluralität innerer Teammitglieder zusammen. Dass ein Mensch unterschiedliche ‚Stimmen‘ in sich wahrnehmen kann, ist nicht etwa ein Zeichen für Psychopathologie, sondern ein „menschliches Wesensmerkmal“ (Schulz von Thun 2014, 19; ausführlich hierzu s. dort Kap. 2.6). Die Psychologin Helga Bilden (1997) spricht in diesem Zusammenhang von mehreren „Teil-Selbst“, die jedes Individuum in sich trüge. Wie im Fall der Stationsärztin ist die innere Vielfalt oft mit Gefühlen der Unsicherheit und Unentschlossenheit verbunden. Es kommt, um die Team-Metapher weiterzuführen, zu einem schlechten inneren Betriebsklima: die inneren Teammitglieder vertreten kontroverse Ansichten, streiten um die Deutungshoheit und versuchen sich gegenseitig zu überstimmen. Um widerstreitende Gefühle und Gedanken zu sortieren und die innere Pluralität für die differenzierte Betrachtung eines Sachverhaltes nutzbar zu machen, entwickelte Schulz von Thun das Modell des inneren Teams. Dieses ermöglicht es dem Einzelnen in einer schrittweisen Auseinandersetzung mit seinem inneren Geschehen eine Selbstklärung zu vollziehen (vgl. Schulz von Thun 2015, 29). Zu diesem Zweck nimmt der Betrachter eine Metaperspektive in Bezug auf seine innere Meinungsvielfalt ein. Jene selbstreflexive Instanz, die quasi als verlängerter Arm des Trägers des inneren Teams fungiert, wird von Schulz von Thun als ‚Oberhaupt‘ bezeichnet. Das Oberhaupt hat eine übergeordnete Meta-Position inne, die es dazu nutzen kann, das Miteinander im inneren Team zu strukturieren. Ein lösungsorientierter Austausch der inneren Teammitglieder entsteht in aller Regel jedoch nicht

spontan, sondern ist ein Bewusstseinsakt: das Ich versucht das innerpsychische Geschehen zu erfassen und zu ordnen, was, metaphorisch gesprochen, zur Einberufung einer „inneren Teamkonferenz“ (Schulz von Thun 2014, 99) bzw. einer „inneren Ratsversammlung“ (Schulz von Thun 2014, 105) führen kann. Diese wird definiert als:

„Die bewusste Zusammenkunft und Aussprache aller inneren Mitglieder, die sich zu der aufgeworfenen Frage melden, unter der Leitung des Oberhaupts mit dem Ziel, eine Antwort zu (er-)finden, die auf einer inneren Vereinbarung basiert und die adäquater und authentischer ist, als wenn nur ein Mitglied oder eine Clique von Mitgliedern vorhanden gewesen wäre oder alleine das Sagen gehabt hätte.“ (Schulz von Thun 2014, 105-106)

Die Ähnlichkeit mit einer nach Innen verlagerten EFB liegt auf der Hand. Im gegebenen Zusammenhang übernimmt das Oberhaupt die Rolle des Moderators, weshalb wir es im Folgenden als ‚inneren Moderator‘ bezeichnen (zur Moderationsfunktion des Oberhaupts vgl. Schulz von Thun 2014, 82). Der innere Moderator versucht, wie in der äußeren Wirklichkeit auch, einen möglichst hierarchiefreien Diskurs zu gewährleisten, der es den unterschiedlich positionierten inneren Teammitgliedern ermöglicht, ihrer Stimme jenseits eingefahrener Macht- und Entscheidungsstrukturen Gehör zu verschaffen (zum diskursethischen Ansatz s. bspw. Kessler 2003; Mertz/Schleger u.a. 2014). Schulz von Thun (vgl. 2014, 105) unterscheidet drei typische Konstellationen, die innere Klärungsprozesse erschweren und die auch im Falle einer inneren EFB häufig zu Problemen führen dürften: a) das innere Wirrwarr, b) die Dominanz der Lauten und Schnellen und/oder c) das innere Gegeneinander. Am Ende der inneren EFB steht im Idealfall eine integrierte Stellungnahme, die nicht nur die innere Meinungsvielfalt, sondern auch die Güte der innerlich bewegten Argumente berücksichtigt.

3.2 Ablauf einer inneren ethischen Fallbesprechung

Moderierte EFB folgen einer klaren Struktur, die zumeist in Form eines Leitfragenmodells abgearbeitet werden. Der Moderator greift in der Regel nicht inhaltlich ein, sondern versteht sich primär als Prozessoptimierer: er achtet darauf, dass die EFB strukturiert abläuft, dass kein wesentlicher Schritt vergessen wird und dass die Diskursregeln eingehalten werden. Auch die von einem inneren Moderator geleitete innere EFB sollte eine Ablaufstruktur aufweisen. Als Vorbild für ein solches Prozessmodell kann das Sechs-Schritte-Modell dienen, das Schulz von Thun (vgl. 2014, 108-117) mit Blick auf die innere Ratsversammlung beschrieben hat:

- (1) Identifikation der Teilnehmer
- (2) Anhörung der Einzelstimmen
- (3) freie Diskussion zulassen und anregen
- (4) Moderation und Strukturierung durch das Oberhaupt
- (5) Brainstorming
- (6) Entwurf einer integrierten Stellungnahme

Theoretisch wäre es möglich, ein Leitfragenmodell, das ursprünglich für den Einsatz in einer EFB mit externen Teammitgliedern entworfen worden ist, als Leitfaden für die innere Diskussion zu verwenden. Wir empfehlen allerdings, die innere EFB stärker an den Prozess anzulehnen, den Schulz von Thun aus eigenen Erfahrungen extrapoliert und innere Ratsversammlung genannt hat. Das liegt darin begründet, dass innere Klärungsprozesse oft einen eigenen Rhythmus besitzen und eher einer Psycho- als einer Sachlogik folgen. Der Prozess verläuft nicht selten „spontaner, chaotischer, bruchstückhafter, verteilt auf mehrere Tage“ (Schulz von Thun 2014, 117). Obgleich innerpsychische Konfliktbearbeitungen und interpersonale Auseinandersetzungen in der Realität eng miteinander verknüpft sind, gilt es dem Unterschied zwischen Innen und Außen Rechnung zu tragen. Gleichwohl schlagen wir vor, Schritte der prinzipienethischen Falldiskussion (Marckmann/Mayer 2009) in das Phasenmodell von Schulz von Thun zu integrieren, um so dem spezifischen Fokus einer inneren EFB gerecht zu werden (Tab. 1).

Tab. 1 Ablauf einer inneren ethischen Fallbesprechung	
1	Wahrnehmung der inneren Pluralität <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikation der inneren Teammitglieder b) Zentrale Botschaft der inneren Teammitglieder erfassen c) Freie Diskussion der inneren Teammitglieder
2	Prinzipienethische Strukturierung durch den inneren Moderator <ul style="list-style-type: none"> a) Argumente aus der Fürsorgeperspektive (Wohltun, Schadensvermeidung) prüfen b) Argumente im Hinblick auf die Patientenautonomie prüfen c) Argumente im Hinblick auf ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (Gerechtigkeit) prüfen d) Synthese der Argumente bzw. begründete Abwägung
3	Brainstorming und kritische Reflexion <ul style="list-style-type: none"> a) Partikularinteressen hinter den Positionen erkennen b) Die kognitive Struktur erweitern und neue Lösungsideen entwickeln: Gibt es mehr als ein schlichtes ‚Ja‘ oder ‚Nein‘? c) Den stärksten Einwand gegen die favorisierte Option bedenken
4	Entwurf einer integrierten Stellungnahme

3.2.1 Wahrnehmung der inneren Pluralität

Die Zusammensetzung des inneren Teams ist abhängig von der Situation, den an der Kommunikation beteiligten Personen und/oder dem Sachverhalt (vgl. Schulz von Thun 2014, 43). Zunächst geht es also darum wahrzunehmen, welche Teil-Selbste in der gegebenen ethischen Konfliktsituation eine Rolle spielen (Schritt 1a). Diese können in Form lautstarker innerer Stimmen, vager Gefühle, wiederkehrender Gedankenkomplexe oder z.B. somatischer Symptome auftauchen. Darauf aufbauend gilt es, dem so identifizierten aber noch nicht ‚begriffenen‘ inneren Teammitglied als „inneren Urheber einer Botschaft“ (Schulz von Thun 2015, 16) in den Blick zu nehmen und die jeweilige Kernbotschaft im Gewirr der inneren Pluralität zu entschlüsseln (Schritt 1b). Häufig können innere Teammitglieder als Träger positiver bzw. negativer Charaktereigenschaften oder als Träger biographisch, berufsethisch

und/oder situationsbezogen relevanter Werte ausgemacht werden. Gelingt es, die Kernbotschaft, den Grundwert oder die Hauptcharakteristik wahrzunehmen, ist es hilfreich, dem inneren Teammitglied einen entsprechenden Namen zu geben (vgl. Schulz von Thun 2014, 29-30). Im Fall der Stationsärztin, die sich die Frage stellt, ob und inwiefern eine Chemotherapie medizinisch und ethisch gerechtfertigt ist, melden sich acht, nicht immer einfach voneinander abgrenzbare innere Teammitglieder mit unterschiedlichen Botschaften zu Wort (Tab. 2).

Tab. 2 Die inneren Teammitglieder der Stationsärztin			
	Name	Botschaft	Eigenschaften
1	<i>Die Fachliche</i>	„Es gibt keine oder maximal eine schwache Indikation für eine solche Therapie.“	früh, laut, willkommen, Hauptdarstellerin, Vordergrund
2	<i>Die Defensive</i>	„Wenn ich nichts tue, dann werde ich am Ende noch verklagt. Besser auf Nummer Sicher gehen.“	früh, laut, eher willkommen, Stammspielerin, Vordergrund
3	<i>Die Patientenadvokatin</i>	„Am Ende ist doch der Wunsch der Patientin entscheidend.“	eher früh, leise, eher willkommen, Stammspielerin, Vordergrund
4	<i>Die Wundergläubige</i>	„Bleibe immer offen für ein Wunder. Gottes Wege sind unergründlich.“	eher spät, leise, eher unwillkommen, Hintergrund
5	<i>Die Weitsichtige</i>	„Das Leid der Frau wird doch nur weiter hinausgezögert.“	eher spät, eher leise, willkommen, Hintergrund
6	<i>Die Tochter</i>	„Wenn es deine Mutter wäre, würdest du dann nicht alles versuchen, um ihr Leben noch etwas zu verlängern?“	eher spät, laut, eher unwillkommen, Untergrund
7	<i>Die Managerin</i>	„Die Therapie ist nicht nur wenig erfolgsversprechend, sondern auch kostspielig.“	spät, leise, unwillkommen, Untergrund
8	<i>Die Hierarchiebewusste</i>	„Letztlich hat das der Chefarzt zu entscheiden.“	spät, laut, willkommen, Hintergrund

Identifikation und Namensgebung sind mitunter schwierig. Innere Teammitglieder sind öfters so miteinander verschmolzen, dass die nuancierten Botschaften der Teilpersönlichkeiten nur schwer entdeckt werden können. Schulz von Thun spricht in diesem Zusammenhang von „Klumpatsch-Bildung“ (vgl. Schulz von Thun 2014, 170-171). Auch in unserem Beispiel musste zunächst eine sog. Klumpatsch-Gestalt erkannt und aufgelöst werden, um das in Tab.

2 dargestellte Bild zu erhalten: *die Defensive*, *die Patientenanwältin* und *die Hierarchiebewusste* waren zur *Defensivmedizinerin* amalgamiert; ihre zentrale Botschaft lautete: „Mach das, was die Patientin und ihre Angehörigen wollen, dann bist du auf der sicheren Seite. Im Zweifelsfall soll der Chefarzt die Entscheidung treffen und die Verantwortung übernehmen.“ Erst nach längerer Introspektion und Analyse stellte sich heraus, dass die *Defensivmedizinerin* eine Klumpatsch-Gestalt war, die Widerstand gegen die Konfliktbearbeitung geleistet hat (s. Schulz von Thun 2014, 169-170). Erst als der innere Moderator die innerpsychische Blockade aufdeckte und es ihm gelang, die Klumpatsch-Gestalt in ihre relevanten Teil-Selbste bzw. Teil-Botschaften zu zerlegen, konnte der Selbstklärungsprozess vorangetrieben werden.

Jedes innere Teammitglied besitzt spezifische Eigenschaften (Tab. 2, Spalte 3). Mit Schulz von Thun ist zunächst zwischen Früh- und Spätmeldern, lauten und leisen Stimmen sowie zwischen mehr oder minder willkommenen und unwillkommenen Stimmen zu unterscheiden (vgl. Schulz von Thun 2014, 32-33). Wenn die Stationsärztin, die uns als Beispiel dient, in eine ethisch knifflige Situation gerät, übernimmt oft *die Defensive* das Ruder: *die Defensive* ist eine Frühmelderin, die mit Nachdruck dafür plädiert, jegliche Risiken möglichst zu vermeiden. Neben der Teammetapher nutzt Schulz von Thun zwei weitere Metaphern – die der Mannschaftsaufstellung und die der Theaterbühne – um zu beschreiben, wie die inneren Teammitglieder sich verhalten, wie sie strategisch eingesetzt werden und wo sie in der Psyche lokalisiert sind (s. Schulz von Thun 2014, Kap. 2.5, 4 und 5). *Die Defensive* ist eine sog. ‚Stammspielerin‘, die der Ärztin im Krankenhausalltag bislang gute Dienste erwiesen hat und deshalb häufig im ‚Außen- und Innendienst‘ eingesetzt wird. Allerdings gerät sie öfters mit einer anderen lautstarken Frühmelderin aneinander, mit *der Fachlichen* nämlich, die aufgrund logischer Analysen und berufsethischer Überzeugungen auch dazu bereit ist, ein kalkulierbares Risiko einzugehen. Auch sie tritt im Vordergrund der Persönlichkeit auf, zählt zum Stammpersonal und brilliert regelmäßig in der Hauptrolle.⁴ Beide Teil-Selbste sind sich verblüffend einig, wenn es z.B. darum geht, *die Wundergläubige* daran zu hindern, auf die innere Bühne zu treten. *Die Wundergläubige* erinnert die Stationsärztin an ihre tief verwurzelte christliche Religiosität und spielt nicht selten den stillen Antipoden, der die Unverfügbarkeit des Lebens betont und die Tugend der Hoffnung in die Waagschale wirft. Da die Stationsärztin sich selbst als eine rationale Person schätzt und sich nach außen als solche präsentiert, ist *die Wundergläubige* im beruflichen Kontext ein ideologisch eher unwillkommenes Teammitglied, eine innere Außenseiterin, die nur schwer zu integrieren ist (zur Integration von Emotionen in EFB s. bspw. Lacewing 2005; Molewijk/Kleinlugtenbelt u.a. 2011). Leise Spätmelder können die innerpsychische Dynamik jedoch im Nachhinein oder auf längere Sicht maßgeblich beeinflussen. Wenn die Ärztin z.B. auf *die Fachliche* und *die Weitsichtige* hört und der Patientin aufgrund mangelnder oder zu schwacher Indikation eher zu einer palliativen Behandlung rät, kann es passieren, dass sich nach einigen Tagen *die Wundergläubige* mit *der Tochter* verbündet und sich beide mit folgender Botschaft melden: „Hättest du auch so rational gehandelt, wenn es sich um deine Mutter gehandelt hätte?“

⁴ Schulz von Thun verwendet die Begriffe ‚Stammspieler‘ und ‚Hauptdarsteller‘ nicht synonym, auch wenn ‚Hauptdarsteller‘ in der Regel auch ‚Stammspieler‘ sind. Der Begriff ‚Stammspieler‘ „betont die häufige Wiederkehr bei wechselnden Situationen“, [...]. ‚Hauptdarsteller‘ hingegen betont die Dominanz der Ausstrahlung in einer gegebenen Situation [...]“ (Schulz von Thun 2014, 214-215).

Vielleicht hätte die Chemotherapie der Familie wider Erwarten doch noch einige wertvolle gemeinsame Momente beschert? Wie konntest du so herzlos sein!“ Bleiben diese Wesensanteile weiterhin ungehört, kann es im Extremfall dazu kommen, dass *die Wundergläubige* und *die Tochter* eine „Untergrundbewegung“ gründen und z.B. mit Hilfe psychosomatischer Symptome auf sich aufmerksam machen (s. Schulz von Thun 2014, Kap. 4.6). Gewissenskonflikte können nicht gänzlich vermieden werden. Aber eine frühzeitige innere EFB hilft dabei, Konfliktpotentiale zu antizipieren und unterdrückte, aber dennoch wirksame Teil-Selbste zu integrieren. Dies gilt bspw. auch für *die Managerin*, die aufgrund ihrer berufsethisch inakzeptablen, objektivierend-ökonomischen Sicht auf die Dinge in den psychischen „Untergrund“ verbannt worden ist und seither zum „berufstypischen Schattenkabinett“ gehört (Schulz von Thun 2014, 235-238).

Nachdem die für diesen medizinethischen Konflikt relevanten inneren Teammitglieder identifiziert, charakterisiert und benannt worden sind (Schritt 1a) sowie ihre zentrale Botschaft an das Ich versprachlicht werden konnte (Schritt 1b), ermutigt der innere Moderator die inneren Teammitglieder zur freien Diskussion (Schritt 1c). Diese ist nicht mit dem chaotischen Wirrwarr gleichzusetzen, das gemeinhin unbewusst abläuft und eine Entscheidungsfindung erschwert, sondern ist ein Bewusstseinsakt, bei dem alle für das Problem relevanten inneren Teammitglieder (also auch die Gegenspieler, die Unerwünschten, die Stillen, die Späten,...) sich gleichberechtigt zu Wort melden dürfen. Ein Ausschnitt aus der inneren Diskussion der Stationsärztin könnte wie folgt klingen:

Die Fachliche: In Anbetracht des Allgemeinzustands der Patientin und der mir vorliegenden Untersuchungsergebnisse halte ich eine Chemotherapie in diesem Fall für medizinisch nicht indiziert.

Die Tochter: Und was hältst du für menschlich indiziert? All diese Fakten sind doch bloß ein Strohhalm, an dem du dich verzweifelt festklammerst. Hör doch mal darauf, was dein Gefühl dir sagt.

Die Managerin: Subjektive Gefühle sind kein gültiges Kriterium. Wo kämen wir denn hin, wenn Mediziner sich bloß von ihren Gefühlen leiten lassen würden. Nur Zahlen sind belastbar und gewährleisten, dass wir im Einzelfall gerecht und nachvollziehbar entscheiden. Nur weil die Patientin dich an deine eigene Mutter erinnert, darfst du doch nicht deinen gesunden Menschenverstand ausschalten und dich vor logischen Argumenten versperren.

Die Wundergläubige: Es gibt auch eine Logik des Glaubens. Du rechnest doch nur mit Wahrscheinlichkeiten, eine Gewissheit gibt es nie.

Die Patientenanwältin: Deshalb finde ich diesen Streit auch müßig. Weder kann dein Kopf noch dein Herz die richtige Entscheidung treffen. Die Patientin allein weiß, welche Option ihr am ehesten entspricht. Warum nicht auf die innere Weisheit der Betroffenen hören?

Natürlich kann der innere Dialog beliebig weitergesponnen werden. So könnte *die Defensive* das Argument der *Patientenanwältin* aus juristischer Perspektive untermauern oder aber *die Weitsichtige* könnte einhaken und zu bedenken geben, dass es die Patientin überfordern würde, wenn die Last der Entscheidung auf ihre Schultern abgewälzt werden würde, usf. Ab einem

gewissen Punkt tut der innere Moderator gut daran, die innere Auseinandersetzung zu unterbrechen und den nächsten Schritt der inneren EFB einzuleiten.

3.2.2 Prinzipienethische Strukturierung durch den inneren Moderator

Der innere Moderator führt die Erkenntnisse der vorherigen Schritte zusammen, wobei er die Prinzipienethik (Beauchamp/Childress 2001) als heuristisches Hilfsmittel zur Strukturierung der Argumente heranzieht. Dabei ist es von Vorteil, dass die vier sog. Prinzipien mittlerer Reichweite – Respekt vor der Autonomie, Wohltun, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit – zunächst nicht hierarchisiert werden, sondern gleichberechtigt nebeneinander stehen. Der innere Moderator ordnet die Positionen der inneren Teammitglieder den vier Prinzipien zu und erhält auf diese Weise einen Eindruck von der ethischen Gemengelage (Abb. 1).

<i>Respekt vor der Autonomie</i>	<i>Gerechtigkeit</i>
Patientenadvokatin	Managerin
Defensive	Tochter
Weitsichtige	
Fachliche	Fachliche
Tochter	Weitsichtige
Wundergläubige	Hierarchiebewusste
<i>Wohltun</i>	<i>Nicht-Schaden</i>

Abb. 1 Ethische Positionierung der Teammitglieder

Die Zuordnung der inneren Teammitglieder zu einem der ethischen Prinzipien ist im Einzelfall nicht leicht und kann dazu führen, dass ein Teil-Selbst mehrere Prinzipien vertritt. So argumentiert *die Fachliche* mit einer Nutzen-Schaden-Abwägung, in der sie dem potentiellen Gewinn an Lebensqualität (Wohltun) das durch eine Chemotherapie zugefügte Leid (Nicht-Schaden) gegenüberstellt und auf dieser Basis schließlich zu beurteilen versucht, ob eine kurativ orientierte Therapie angezeigt ist. Der innere Moderator wird zunächst jene Argumente sammeln, die aus der Fürsorgeperspektive formuliert worden sind, da der erste argumentative Schritt sich auf die Frage fokussiert, ob bzw. welche Therapieoptionen indiziert sind (Schritt 2a). Während die ethische Kernbotschaft der *Weitsichtigen* eindeutig ist („Das Leid der Frau wird doch nur weiter hinausgezögert“), ist die ethische Position der anderen fürsorgeorientierten inneren Teammitglieder interpretationsbedürftig. *Die Hierarchiebewusste* hat, anders als die anderen Teil-Selbste, nicht primär die Patientin im Blick, sondern die Entscheidungshierarchien im System Krankenhaus: sie plädiert dafür, die innere Grübeleien zu beenden und die Entscheidung dem Chefarzt zu überlassen. Im gewissen Sinne möchte sie Schaden (in Form von unnötigem moralischem Stress) von der Ärztin selbst abwenden. Die Argumente der *Tochter* und der *Wundergläubigen*, die der gefühlsbetonten Stimme der Hoffnung Gehör verschaffen, unterstützen das Prinzip Wohltun, weil sie das Wunder einer (zeitweiligen) Verbesserung des Zustands nicht kategorisch ausschließen.

Wenn das Prinzip Autonomie, sprich die ethischen Verpflichtungen gegenüber der einwilligungs- und entscheidungsfähigen Patientin in den Mittelpunkt gerückt werden sollen

(Schritt 2b), gewinnt die Argumentationsfigur der *Patientenadvokatin* an Gewicht. Der Ausschnitt aus der inneren Diskussion der Ärztin hat gezeigt, wie diese rhetorisch talentierte Stammspielerin es auf geschickte, ja nahezu sophistische Weise versteht, Schlüsse zu ziehen: sie spielt das von der emotionalen Seite der Persönlichkeit betonte Wohltun-Prinzip gegen das von der rationalen Seite unterstrichene Nicht-Schaden-Prinzip aus und argumentiert, dass die Verlagerung der Entscheidung auf die ‚höhere Instanz‘ der Patientin quasi einer Lösung des inneren ethischen Konflikts gleichkäme. *Die Defensive* pflichtet der *Patientenadvokatin* bei, weil sie befürchtet, dass eine Entscheidung gegen eine kurative Therapie und somit gegen die gegenwärtige Patientenpräferenz, zum Streit mit den Angehörigen führt. *Die Weitsichtige*, die vor allem das hippokratische *primum non nocere* vertritt, hält den anderen beiden inneren Teammitgliedern entgegen, dass die Patientin in ihrer Willensfindung spürbar unsicher und ggf. von den Angehörigen, die sie noch nicht sterben lassen wollen, beeinflusst sei. Sie gibt zu bedenken, dass die Patientin eine Chemotherapie, deren leidvolle Folgen sie im Augenblick noch nicht überblicken kann, später bereuen könnte.

Schließlich stellt sich die Frage, inwiefern das Wohl Dritter bei der ethischen Entscheidungsfindung eine Rolle spielt (Schritt 2c). *Die Managerin*, die üblicherweise aus dem psychischen ‚Untergrund‘ operiert und nur selten die Chance erhält, sich unzensiert in die innere Debatte einzuschalten, votiert klar gegen eine Chemotherapie. Sie begründet ihre Position erstens damit, dass eine ärztliche Entscheidung evidenzbasiert und intersubjektiv nachvollziehbar sein sollte und zweitens damit, dass es anderen Patienten gegenüber unfair sei, teure, aber sachlich nicht indizierte medizinische Leistungen anzubieten. *Die Tochter*, eine stark emotional eingefärbte Stimme, beruft sich zwar auf dasselbe ethische Prinzip (Gerechtigkeit), spricht sich jedoch eher für eine Chemotherapie aus. Sie möchte den Angehörigen im Idealfall noch etwas mehr Zeit mit der Patientin schenken und ihnen das Gefühl geben, alles versucht zu haben, um das kostbare Leben zu verlängern.

In einem vierten Zwischenschritt ist der innere Moderator darum bemüht, die Argumente zusammenzuführen und zu gewichten (Schritt 2d). *Die Patientenadvokatin*, *die Defensive*, *die Tochter* und *die Wundergläubige* sprechen sich eher für die Fortsetzung eines potentiell kurativen Behandlungsansatzes aus. Die beiden ersteren Mitglieder des inneren Teams begründen ihr Votum mit Verweis auf den Patientenwillen (Respekt der Autonomie); die beiden zuletzt genannten heben gegen jede Vernunft das Prinzip Hoffnung hervor: für *die Wundergläubige* spielt hierbei die Heiligkeit des Lebens und das Prinzip der Theonomie eine gewichtige Rolle (Wohltun), während *die Tochter* sich in die Rolle der Angehörigen hineinversetzt (Gerechtigkeit). Drei innere Teammitglieder plädieren für eine Änderung des Therapieziels: *die Fachliche*, *die Weitsichtige* und *die Managerin* präferieren aufgrund unterschiedlicher ethischer Gründe einen palliativen Behandlungsansatz. Im Vordergrund der Argumentation steht die Überzeugung, dass eine Chemotherapie mehr schaden als nützen würde (Nicht-Schaden) und sich eine palliative Versorgung daher letztlich sowohl für die Patientin selbst als auch für die Angehörigen lebensqualitätssteigernd auswirken würde (Wohltun). *Die Weitsichtige* mutmaßt darüber hinaus, dass diese Option auch dem ‚wahren‘ Willen der Patientin entsprechen dürfte (Respekt der Autonomie). Und schließlich sprechen auch ökonomische Gründe für das palliativmedizinische Konzept (Gerechtigkeit). *Die Hierarchiebewusste* enthält sich. In einer inneren EFB entscheidet jedoch weder die

Lautstärke und Vehemenz der Stimmen noch die einfache Mehrheit (dann hätte das innere Team mit einer Stimme Mehrheit für den kurativen Ansatz gestimmt). Vielmehr kommt es auf die Güte und Klarheit der Argumente an. Schritt 2a hat gezeigt, dass die medizinische Indikation auf wackligen Füßen steht und vage Hoffnung nicht ausreicht, um eine entbehrungsreiche Therapie zu verantworten. Schritt 2b machte deutlich, dass auch der Wille der Patientin Ambivalenzen aufweist und nicht so stark zu sein scheint, dass er als triftiges Argument für die fragwürdige Chemotherapie ins Feld geführt werden könnte. Schritt 2c musste auch eher zugunsten der Palliativversorgung gewertet werden, da unklar ist, welche Option das Wohlbefinden der Angehörigen eher fördert und weil eine teure, aber medizinisch nicht angezeigte Behandlung doppelt begründungsbedürftig ist. Daraus folgt, dass der innere Moderator nach der zweiten Stufe der inneren EFB gute Gründe dafür gesammelt haben dürfte, die palliative Betreuung der Patientin zu favorisieren.

3.2.3 Brainstorming und kritische Reflexion

Das Ablaufschema der inneren EFB sieht vor, dass das Ergebnis der Synthese durch den inneren Moderator nochmals geprüft wird. Zunächst stellt sich die Frage, ob es versteckte Interessen *hinter* den Positionen gibt, die vielleicht auf andere Weise als durch ein Votum in eine bestimmte (ethische) Richtung erfüllt werden können (Schritt 3a). Zu diesem Zweck formuliert der innere Moderator gezielte Fragen, die sich aus dem Stand der Diskussion ergeben und zu Lösungsideen führen können (vgl. Schulz von Thun 2014, 113). Hierbei gilt es besonders jene inneren Teammitglieder zurück ins Boot zu holen, die aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten mit einer Therapieziel-Änderung haben:

Frage an die Defensive: Wie kann dein Bedürfnis nach Sicherheit und Konfliktvermeidung im Falle einer Empfehlung erfüllt werden, die konträr zum vermeintlichen Willen von Patientin und Angehörigen steht?

Frage an die Patientenanwältin: Wie sollte vorgegangen werden, damit du nicht das ungute Gefühl hast, die Autonomie der Patientin zu übergehen?

Frage an die Tochter: Welchen Umgang seitens der Ärzteschaft hättest du dir gewünscht, wenn dir hätte vermittelt werden müssen, dass eine kurative Therapie deiner Mutter höchstwahrscheinlich keinen Aussicht auf Erfolg hat?

Frage an die Wundergläubige: Ich weiß, dass es schwer für dich ist, einen Menschen sterben zu lassen. Was kann für dein spirituelles Wohlbefinden getan werden?

Die Richtung der Fragen zeigt bereits an, dass die Argumentation der Teil-Selbste nicht bloß auf Werten und ethischen Prinzipien beruht, sondern auch auf Bedürfnissen, die zwar selten zu Bewusstsein gelangen und versprachlicht werden, aber dennoch die innere Bewältigung von ethischen Konflikten prägen. Die als *Defensivmedizinerin* bezeichnete Klumpatsch-Gestalt war ein psychisches Gebilde, das sich weniger aus ethischen Beweggründen als vielmehr aus Ängsten heraus nach den Wünschen der Patienten und Angehörigen ausgerichtet hat. *Die Patientenanwältin*, *die Defensive* und *die Hierarchiebewusste*, die vor der Teamanalyse miteinander verschmolzen waren, lassen noch immer erkennen, dass es der Ärztin – auch wenn es ihr vorher kaum bewusst gewesen sein dürfte – nicht nur um die

Interessen der Patientin geht, sondern auch um Selbstschutz und Stressreduktion. Während *die Patientenadvokatin* die latenten Eigeninteressen hinter dem Patientenwillen versteckt und *die Defensiv* hinter dem Dickicht juristischer Paragraphen, verleiht *die Hierarchiebewusste* dem verborgenen, ängstlichen Sicherheitsbedürfnis eine ‚willkommene‘ Stimme, die im Kontext des Krankenhaussystems ‚sozial erwünscht‘ ist und daher weder das Selbstbild als guter, am Patientenwohl orientierter Ärztin noch das Bild, das andere von ihr haben, gefährdet. Da die Ärztin sich dank der inneren EFB gegen ihr übliches Verhaltensmuster entscheidet, gilt es im Hinblick auf die integrierte Stellungnahme nach Lösungen zu suchen, die es der Ärztin ermöglichen, trotz ggf. abweichender Meinungen der Patientin, der Angehörigen und/oder der ärztlichen Kollegen Stellung für eine palliative Versorgung zu beziehen. Womöglich ist der jungen Ärztin auch klar geworden, dass sie ihre spirituelle Seite auf Kosten der Ratio vernachlässigt hat und dass ihre defensivmedizinische Haltung weniger auf Automatismen beruht, als vielmehr auf einer tiefliegenden Unsicherheit im Umgang mit Sterben und Tod.

Das der inneren EFB zugrunde liegende ethische Problem war bislang auf die Frage ‚Chemotherapie: Ja oder Nein?‘ enggeführt. Eine zielführende Strategie zur Lösung scheinbar auswegloser Dilemma-Situationen ist es, die kognitive Struktur der Handlungsoptionen zu erweitern (Schritt 3b). Zwar wäre es theoretisch denkbar, dass die Ärztin einen Mittelweg konstruiert (z.B. eine schwache Chemotherapie, die primär dem Zweck dient, allen Beteiligten das Gefühl zu geben, alles versucht zu haben); aber ethisch und psychologisch erscheint es im Falle der Stationsärztin ‚stringenter‘, wenn sie sich dazu durchringt, die palliative Behandlung als die am besten begründbare Option zu vertreten.

Bevor der innere Moderator zu einer integrierten Stellungnahme gelangt, gilt es, sich nochmals den stärksten Einwand gegen die favorisierte Handlungsoption zu vergegenwärtigen (Schritt 3c). Im Falle der Stationsärztin wird es *die Patientenadvokatin* sein, eine häufig im Vordergrund stehende, argumentativ begabte Stammspielerin, die sich gerne früh und lautstark zu Wort meldet, die die Gegenposition bis zum Schluss verteidigt. Diesem inneren Teammitglied kann sowohl auf ethischer als auch auf bedürfnisorientierter Ebene begegnet werden. Ethisch kann das zentrale Argument der *Patientenadvokatin*, die Chemotherapie sei schließlich Patientenwunsch, auf zweierlei Weise entschärft werden. Zum einen ist zu zeigen, dass es sich in diesem Fall um einen übermäßigen Behandlungswunsch handelt, der in eine nicht zulässige Übertherapie münden würde. Zum anderen ist fraglich, ob die Patientin in der gegenwärtigen Situation in der Lage ist, Bedeutung und Tragweite ihrer Entscheidung zu überblicken und ob es nicht noch weiterer sensibler Aufklärungsarbeit bedarf, um der Frau eine autonome Entscheidung zu ermöglichen. Darüber hinaus ist selbstkritisch auf das Interesse zu reagieren, dass hinter der ethischen Position der *Patientenadvokatin* verborgen liegt: Könnte es sein, dass die Last der Entscheidung zu stark auf die Patientin abgewälzt wird und auf Kosten einer partizipativen Entscheidungsfindung geht, in der beide Seiten gleichermaßen Verantwortung übernehmen?

3.2.4 Entwurf einer integrierten Stellungnahme

Im letzten Schritt der inneren EFB wird eine Stellungnahme entworfen, die die Perspektiven und Bedürfnisse der inneren Teammitglieder bestmöglich integriert (Schritt 4). Das Votum ist im Rahmen eines Abwägungsprozesses durch das Oberhaupt zu treffen, wodurch dieses seine primäre Moderatorenrolle verlässt und die Funktion des inneren Entscheidungsträgers übernimmt (s. Schulz von Thun 2014, 116). Um jedoch die Interessen der ‚überstimmten‘ Teil-Selbste zu wahren und die Kooperationsbereitschaft innerhalb des inneren Teams aufrecht zu erhalten, sollte die Entscheidung der Stationsärztin (Änderung des Therapieziels) mit entlastenden Maßnahmen flankiert werden. Eine integrierte Stellungnahme könnte z.B. wie folgt aussehen:

„Um mein Bedürfnis nach Sicherheit zu erfüllen, werde ich sowohl das Gespräch mit der Krankenhauseelsorgerin suchen (Angebot für die oft nicht ernst genommene *Wundergläubige*) als auch den kollegialen Austausch mit einem Palliativmediziner (Angebot für die unsicheren Teil-Selbste, die zuvor als *Defensivmedizinerin* verklumpt waren). Auf dieser Grundlage werde ich ein vertieftes Aufklärungsgespräch mit der Patientin und ihren Angehörigen führen, in dem ich, insofern es der Situation angemessen ist, meine eigene Selbstklärung offenlege⁵ (Angebot an *die Tochter*, die sich ein solches Vorgehen für sich selbst wünschen würde) und sensibel auf die Bedürfnisse und Ängste der Betroffenen zu reagieren versuche. Sollte die Patientin weiterhin und mit Nachdruck eine Chemotherapie wünschen, werde ich eine ethische Fallbesprechung auf Station einberufen, um meine fachliche und ethische Einschätzung im Kreise der Kollegen abzusichern (Angebot an *die Patientenanwältin*, für die der Respekt vor der Autonomie unhintergebar ist).“

4. Fazit: Zum Mehrwert innerer ethischer Fallbesprechungen

Die Praxis innerer EFB fördert sowohl monologische als auch dialogische Ansätze in der Ethik (Ohnsorge/Widdershoven 2011): zum einen ist die innere EFB ein Werkzeug zur Selbstklärung in ethischen Konfliktsituationen; zum anderen verhilft die innere EFB zu klarer Kommunikation und kann zur Vor- und Nachbereitung interpersonaler ethischer Konfliktgespräche dienen. Alle Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen, besonders jedoch Moderator/innen und Teilnehmer/innen in EFB sowie Führungskräfte, können von der inneren EFB profitieren:

- Moderator/innen, die sich ihres eigenen inneren Teams bewusst werden und beginnen, persönliche ethische Reflexe zu durchschauen, kommen dem Ideal der Wertneutralität und multiplen Parteilichkeit näher. Sie reagieren adäquater auf psychologische Mechanismen, die eine EFB unterströmen und hören eher heraus, wenn ideologisch unwillkommene innere und äußere Teammitglieder in der Argumentation unterdrückt werden. Eine gute Vor- und Nachbereitung durch innere EFB erhöht die Prozess- und Ergebnisqualität in der Ethikberatung.

⁵ Die „Offenlegung der Selbstklärung“ (Schulz von Thun 2014, 86-90) ist eine kommunikative Strategie, die dem Gegenüber Einblick in die innere Teamdynamik gewährt.

- Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen lernen, moralischen Stress als solchen wahrzunehmen und mit Hilfe innerer EFB zu bearbeiten. Sie werden mit Zeit und Übung zunehmend ethisch sprachfähig und können klarer benennen, weshalb sie moralische Störgefühle haben. Durch diese Kompetenz werden sie zur Partizipation in ethischen Diskursen überhaupt erst ermächtigt. Mitarbeitende, die mit dem Instrument der inneren EFB vertraut sind, verstehen den Ablauf, die Dynamik und die diskurs- und prinzipienethischen Aspekte der EFB besser. Bereiten sich die Teilnehmer/innen einer EFB mit Hilfe einer inneren EFB vor, kann der Dialog mit dem äußeren Team dazu genutzt werden, um die im Vorfeld bereits bewusst gemachte eigene ethische Position zu untermauern oder zu hinterfragen. Eine vorreflektierte EFB läuft zügiger und fokussierter ab, da innerpsychische Widersprüche und innere Teamkonflikte in geringerem Maße auf äußere Teammitglieder projiziert werden. Die psychohygienisch wirksame innere EFB zeitigt positive Effekte sowohl für das innere Betriebsklima als auch für das äußere Teamklima. Die innere Pluralität öffnet für fremde Meinungen und Argumente. Dies kann sich sowohl auf die Diskursfähigkeit des Teams positiv auswirken als auch die Häufigkeit nebulöser Kommunikation mit Patienten und Angehörigen in ethisch schwierigen Situationen reduzieren.
- Führungskräfte mit Entscheidungsverantwortung tendieren dazu, Entscheidungen monologisch zu treffen (Nijhof/Olaf u.a. 2000). Dies ist oft notwendig, um Prozesse zu beschleunigen, Komplexität zu reduzieren und um in unübersichtlichen Situationen handlungsfähig zu bleiben. Eine Führungskraft, die in der Praxis innerer EFB geübt ist, kennt ihr inneres Team und ihr habituelles Entscheidungsverhalten unter Druck und kann auf dieser Grundlage auf komplexe Herausforderungen reagieren. Gleichzeitig kann die innere EFB aber auch zur Entschleunigung dienen und der Gefahr entgegenwirken, der vorherrschenden Logik des immer schneller werdenden Systems anheimzufallen und folgenreiche Entscheidungen ad hoc zu fällen. Das Instrument trainiert das Innehalten, schafft Raum für innere Diskussion und Wertereflexion in Situationen, in denen die eigene oft ambivalente Gefühls- und Gedankenlage die Führungs- und Entscheidungsstärke lähmt.

EFB sind ein zentraler Bestandteil gelebter Werte- und Kommunikationskultur. Die nachhaltige Implementierung von EFB sowie die stetige Verbesserung ihrer Prozess- und Ergebnisqualität sind wesentliche Ziele einer Ethik im Gesundheits- und Sozialwesen. Der Einsatz des kommunikationspsychologischen Instruments der inneren EFB trägt nicht nur in vielfältiger Weise zur Entwicklung von ethischen und sozial-kommunikativen Kompetenzen der Geschulten bei, sondern erhöht, so unsere These, auch die innerbetriebliche Akzeptanz sowie die Qualität bereits implementierter oder zukünftig zu implementierender EFB.

Literatur

Aring-Waldman, H (2015), Das Medikament hilft nicht, es schadet eher. Das Innere Team in einer Krisen-Situation, in: Schulz von Thun, F/Stegemann, W (Hg.), Das Innere Team in Aktion. Praktische Arbeit mit dem Modell. Hamburg: Rowohlt, 162-171.

Beauchamp, TL/Childress, JF (2001), *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.

Bilden, H (1997), Das Individuum - ein dynamisches System vielfältiger Teil-Selbste, in: Keupp, H/Höfer, R (Hg.), *Identitätsarbeit heute*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 227-250.

Hamric, AB/Blackhall, LJ (2007) Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate, in: *Critical care medicine* 35, 422-429.

Heidrich, I/Krüger, M (2015), Das Innere Team in der Krankengewältigung bei Patienten mit chronischen Schmerzen, in: Schulz von Thun, F/Stegemann, W (Hg.), *Das Innere Team in Aktion. Praktische Arbeit mit dem Modell*. Hamburg: Rowohlt, 172-188.

Jameton, A (1984), *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Janssens, RM/van Zadelhoff, E/van Loo, G/Widdershoven, GA/Molewijk, BA (2015), Evaluation and perceived results of moral case deliberation. A mixed methods study, in: *Nursing ethics* 22, 870-880.

Kessler, H (2003), Die philosophische Diskursethik und das Ulmer Modell der Ethikseminare, in: *Ethik in der Medizin* 15, 258-267.

Lacewing, M (2005), Emotional self-awareness and ethical deliberation, in: *Ratio* 18, 65-81.

Marckmann, G/Mayer, F (2009), Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie, in: *Der Onkologe* 15, 980-988.

Mertz, M/Schleger, HA/Reiter-Theil, S (2014), Prinzipien und Diskurs - ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation, in: *Ethik in der Medizin* 26, 91-104.

Molewijk, B/Kleinlugtenbelt, D/Widdershoven, G (2011), The role of emotions in moral case deliberation: Theory, practice, and methodology, in: *Bioethics* 25, 383-393.

Molewijk, B/van Zadelhoff, E/Lendemeijer, B/Widdershoven, G (2008). Implementing moral case deliberation in Dutch healthcare - Improving moral competency of professionals and the quality of care, in: *Bioethica Forum* 1, 57-65.

Molewijk, B/Verkerk, M/Milius, H/Widdershoven, G (2008), Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 11, 43-56.

Nijhof, A/Olaf, F/Looise, JK (2000), Coercion, guidance and mercifulness: The different influences of ethics programs on decision-making, in: *Journal of Business Ethics* 27, 33-42.

Ohnsorge, K/Widdershoven, G (2011), Monological versus dialogical consciousness—two epistemological views on the use of theory in clinical ethical practice, in: *Bioethics* 25, 361-369.

Schulz von Thun, F (2014), *Miteinander reden 3: das Innere Team und situationsgerechte Kommunikation*. Hamburg: Rowohlt.

Schulz von Thun, F (2015), Der Mensch als pluralistische Gesellschaft. Das Modell des Inneren Teams als Haltung und Methode, in: *Schulz von Thun, F/Stegemann, W* (Hg.), *Das Innere Team in Aktion. Praktische Arbeit mit dem Modell*. Hamburg: Rowohlt, 15-32.

Schütze, L (2011), Strukturierte ethische Reflexion ist keine Nebensache, in: *Heilberufe* 63, 46-47.

Steinkamp, N/Gordijn, B (2010), *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: ein Arbeitsbuch*. München: Luchterhand.

Van der Dam, S/Abma, TA/Molewijk, AC/Kardol, MJ/Schols, JM/Widdershoven, GA (2011), Organizing moral case deliberation experiences in two Dutch nursing homes, in: *Nursing Ethics* 18, 327-340.

Weidema, FC/Molewijk, AC/Widdershoven, GA/Abma, TA (2012), Enacting ethics: Bottom-up involvement in implementing moral case deliberation, in: *Health Care Analysis* 20, 1-19.

Autorenprofile

Florian Jeserich hat Religionswissenschaft, Ethnologie und Philosophie an der Universität Heidelberg studiert. Seit 2014 arbeitet er als Referent im Forum für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG. Zuvor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter für den Bereich Anthropologie und Ethik am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth sowie Gastwissenschaftler an der Berliner Charité. Seine Arbeitsschwerpunkte sind u.a. Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen, die Erforschung der Zusammenhänge von Religion(en) und Gesundheit/Krankheit sowie Salutogenese in Theorie und Praxis.

Christian J. Voß arbeitet seit 2014 als Referent im Forum für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG. Er absolvierte eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger und studierte er an der Hogeschool Zuyd in Heerlen (NL) im Bachelorstudiengang Krankenpflege sowie an der Katholischen Hochschule NRW in Köln im Masterstudiengang Pflegemanagement. Berufliche Erfahrungen sammelte er als Gesundheits- und Krankenpfleger in einem Aachener Krankenhaus sowie als

Case Manager und Assistent des Pflegedirektors. Schwerpunktmäßig beschäftigt er sich mit Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen, der Relevanz des biblischen Menschenbildes in der Pflegepraxis sowie interprofessioneller Kommunikation.